

PROGRAMA DE EXENCIÓN DE OPCIONES COMUNITARIAS

HOJA INFORMATIVA Y SOLICITUD

Antecedentes del programa:

El programa de Exención de Opciones Comunitarias es un programa de exención de servicios comunitarios y domiciliarios (HCBS) de Medicaid autorizado bajo la Sección 1915(c) de la Ley del Seguro Social. Los programas de exención de HCBS permiten que un estado haga exenciones de ciertos requerimientos de Medicaid para poder ofrecer servicios adicionales a una población específica de beneficiarios de Medicaid.

El programa de Exención de Opciones Comunitarias (CCW) de Medicaid de Wyoming provee a las personas elegibles una alternativa a los centros de cuidados residenciales a través de un acceso a una variedad de servicios comunitarios, incluyendo:

- Administración de casos
- Asistentes médicos domiciliarios
- Servicios de apoyo personal
- Enfermería especializada
- Comidas entregadas a domicilio
- Servicios diurnos para adultos
- Apoyo de respiro
- Transporte no médico
- Sistemas de Respuesta a Emergencias Personales (PERS)
- Servicios en centros de vida asistida

Objetivos del programa:

- Autoridad individual sobre servicios y apoyos – Proveer a los participantes del programa con la oportunidad y autoridad para ejercer un control sobre sus servicios, apoyos y otras circunstancias de vida en la mayor medida posible.
- Planeación de servicios y prestación de servicios enfocados en la persona – Reconocer y promover las fortalezas, metas, preferencias, necesidades y deseos de los participantes a través de un proceso de planeación de servicios enfocado en la persona. Respetar y apoyar las fortalezas, metas, preferencias, necesidades y deseos de los participantes a través de una prestación de servicios enfocada en la persona.
- Variedad de servicios – Ofrecer servicios que complementen y/o suplementen los servicios que están disponibles a través del Plan Estatal de Medicaid y otros programas locales, estatales y federales, así como también los apoyos que las familias y comunidades proveen a los individuos.

- Promover relaciones comunitarias – Apoyar y fomentar las metas determinadas por los propios participantes para ser miembros activos de la comunidad. Reconocer que la naturaleza y calidad de las relaciones comunitarias son centrales para la salud y el bienestar de los participantes.
- Salud y seguridad – Manejar efectivamente los riesgos y balancear la capacidad de los participantes para lograr una independencia y mantener su salud y seguridad.
- Uso responsable de fondos públicos – Demonstrar una buena administración de los recursos públicos limitados.

Elegibilidad del programa:

Para calificar para inscribirse en el programa de CCW, una persona debe cumplir con los criterios generales y los criterios para los tres grupos de poblaciones específicas explicados abajo.

Criterios generales:

- Ciudadanía de los Estados Unidos/Situación migratoria
- Residente de Wyoming o intención de residir en Wyoming

Grupo de nivel de cuidados residenciales:

Para determinar su elegibilidad para el programa de CCW, un individuo debe evaluarse por un enfermero de salud pública entrenado usando la herramienta de evaluación de Cuidados a Largo Plazo 101 (LT-101) y que el Departamento determine que el individuo requiere un nivel de cuidados en un centro residencial. El nivel de cuidados debe ser determinado antes de registrarse en el programa de CCW y cuando menos anualmente después de esto.

Grupo específico:

Para determinar su elegibilidad para el programa de CCW, un individuo debe determinarse por el Departamento que sea:

- Un adulto mayor (65 años de edad o más) o
- Un adulto (19 a 64 años de edad) con una discapacidad. La discapacidad se verifica a través de una determinación de discapacidad de la Administración del Seguro Social (SSA) o por el Departamento o sus agentes usando los criterios de SSA.

Grupo de elegibilidad financiera:

Para determinar su elegibilidad para el programa de CCW, un individuo debe ser elegible para Medicaid de Wyoming (por ejemplo, un beneficiario de Ingresos de Seguro Social) o calificar para el “Grupo de Exención de HCBS Especial”. En general, el individuo debe tener un ingreso en o por debajo del 300% del Porcentaje de Beneficios Federales (FBR) y tener recursos computables limitados. Contacte a la Unidad de Elegibilidad para Cuidados a Largo Plazo para más información sobre los criterios de elegibilidad financiera llamando al 1-855-203-2936.

Para más información o para presentar una solicitud del Programa de Exención de Opciones Comunitarias:

Departamento de Salud de Wyoming | División de Financiamiento de Servicios Médicos
Sección de Servicios Comunitarios y Domiciliarios (HCBS)

Teléfono: 1-800-510-0280

<https://health.wyo.gov/healthcarefin/hcbs/>



SOLICITUD DEL PROGRAMA DE EXENCIÓN DE OPCIONES COMUNITARIAS

Hemos recibido información de que usted podría estar interesado(a) en recibir servicios comunitarios como una alternativa a los cuidados provisto en un centro residencial a largo plazo. Adjunto usted encontrará la hoja informativa para el Programa de Exención de Opciones Comunitarias (CCW). Si desea presentar su solicitud, por favor complete y regrese este formulario de solicitud. Usted puede entregar su solicitud por correo postal, fax, correo electrónico o en persona:

Dirección: Attn: Home and Community-Based Services
 Section – Community Choices Waiver
 Wyoming Department of Health
 122 West 25th Street, 4 West
 Cheyenne, WY 82002
 Fax: (307) 777-8685
 Correo electrónico: ccw.waivers@wyo.gov

Si usted todavía no es un beneficiario de Medicaid de Wyoming, también necesitará completar una solicitud de Medicaid de Wyoming. Para más información sobre el proceso de solicitud de Medicaid, contacte a la Unidad de Elegibilidad para Cuidados a Largo Plazo llamando al 1-855-203-2936.

<p>*Nombre del solicitante: _____</p> <p>*Dirección física: _____</p> <p>Dirección de correo postal: <i>(Si es diferente)</i> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>ID # de Medicaid: _____</p> <p>*# de seguro social: _____</p> <p>*Fecha de nacimiento: _____</p> <p>*Número de teléfono: _____</p> <p>Dirección de correo electrónico: _____</p> <p>Fecha en que se dio de alta de un centro de cuidados residenciales: _____</p> <p style="text-align: right;"><i>(Si corresponde)</i></p>
--	--

Los solicitantes para el Programa de Exención de Opciones Comunitarias tienen requerido elegir una agencia de administración de casos de la lista de proveedores adjunta en su condado. Por favor, indique su elección de agencia de administración de casos escribiendo el nombre de la agencia y firmando abajo.

*Agencia de administración
de casos:

de teléfono de la agencia:

*Firma del solicitante:

*Fecha:

Un tutor legal o carta poder puede firmar a nombre de un solicitante – Una documentación es requerida.

*** Indica un campo requerido. Si estos campos no se completan, la solicitud no puede procesarse.**